N° 210.

ESSAI

SUR LE DIAGNOSTIC

DE

QUELQUES TUMEURS DE L'AINE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 10 août 1830, pour obtenir le grade de Docteur en médecine ;

PAR P.-ALEX. TERRIOU, de Corrèze,

Département de la Corrèze.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n. 13.

1830.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER, *Président*.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL, *Suppléant*.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX, *Examinateur*.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER, *Examinateur*.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER, *Examinateur*. DUBOIS. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
Baudelocque.	Dubled.
Bayle, *Suppléant*.	Dubois.
Bérard.	Gerdy.
Blandin.	Gibert.
Bouillaud.	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart, *Examinateur*.	Piorry.
Cloquet, *Examinateur*.	Rochoux.
Cottereau.	Sandras.
Dance.	Trousseau.
Devergie.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE.

A MA MÈRE.

A MON ONCLE,

Médecin.

P.-A. TERRIOU.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/essaisurlediagno0007unse_x1d3

ESSAI

SUR LE DIAGNOSTIC

DE

QUELQUES TUMEURS DE L'AINE.

On comprend ordinairement par le nom d'*aine*, dans sa plus grande extension possible, un espace triangulaire légèrement concave, de dimension plus ou moins considérable, suivant l'embonpoint des individus; ses limites sont : en haut, le bord inférieur de l'aponévrose abdominale; en dehors, le muscle couturier; en dedans, les premiers adducteurs; et en bas, une ligne dont l'une des extrémités irait tomber sur la tubérosité ischiatique, et l'autre au-dessous du grand trochanter.

Un grand nombre de tumeurs peuvent se montrer à l'aine, mais j'ai seulement en vue de donner ici le diagnostic de celles qui s'y rencontrent le plus souvent et donnent fréquemment lieu à des méprises.

Ces tumeurs sont les suivantes : le bubonocèle, la hernie crurale, l'abcès par congestion, le bubon, l'anévrysme de l'artère fémorale, la

dilatation de la saphène, le phlegmon et la luxation en haut, en bas et en dedans de l'articulation coxo-fémorale.

Bubonocèle.

Le *bubonocèle intestinal* se reconnaît à une tumeur oblongue, rénitente, élastique, sans changement de couleur à la peau, le plus souvent indolore. Cette tumeur est survenue tout à coup, à la suite de quelque effort, ou bien d'une manière lente et graduée; elle trouble les fonctions du canal digestif. Lorsque le malade tousse, elle devient tendue de manière à communiquer une impulsion à la main de celui qui l'examine. Son volume et sa dureté augmentent après le repas, par la position verticale et par tous les mouvemens qui exigent une violente contraction du *diaphragme;* tandis que le repos, la situation horizontale, la compression diminuent son volume; sa rentrée s'opère en produisant un bruit particulier, connu sous le nom de *gargouillement;* mais elle reparaît aussitôt qu'elle cesse d'être comprimée. Lorsque les parties constituantes de la hernie sont réduites, on distingue l'ouverture qui leur a livré passage. On peut y introduire le doigt, ce qui auparavant eût été impossible.

Le *bubonocèle épiploïque* se présente sous la forme d'une tumeur molle, pâteuse, inégale, bosselée dans différentes parties, dont la réduction ne s'opère qu'avec beaucoup de difficulté et d'une manière presque toujours incomplète, sans laisser entendre aucun bruit. La marche, les vicissitudes atmosphériques apportent plus de changement dans le volume de cette tumeur que les exercices violens auxquels peut se livrer l'individu qui porte cette espèce de hernie. La distension de l'estomac par les alimens occasione des tiraillemens de l'épiploon qui sont suivis de douleur. La percussion pratiquée sur cette tumeur, à l'aide du plessimètre de M. *Piorri*, rend un son mat, obscur, tandis que le son est clair et sonore dans le *bubonocèle intestinal.*

Les signes de l'*entéro-épiplocèle* se tirent de ceux que j'ai donné pour le diagnostic de ces deux hernies.

Hernie crurale.

La *hernie crurale*, beaucoup plus commune chez la femme que chez l'homme, sera reconnue à une tumeur globuleuse, arrondie, située dans la partie interne et profonde du pli de l'aine; quelquefois d'une forme ovalaire et allongée, dans le sens de ce même pli, d'un volume moins considérable que celui de la hernie inguinale, à cause de la résistance de l'aponévrose *facia-lata*, qui empêche son plein et entier développement. Le col de cette hernie ne peut être distingué, ni l'ouverture qui lui a livré passage. Cette tumeur exerce sur les nerfs et vaisseaux cruraux une compression qui donne lieu à un sentiment de pesanteur, d'engourdissement et à l'œdème du membre inférieur correspondant. L'observation de *Henermann*, rapportée par *Richter*, prouve qu'une femme qui avait le pied œdématié fut guérie par la réduction d'une hernie crurale, qu'elle portait depuis fort long-temps. Le mérocèle est, du reste, accompagné de tous les symptômes communs au déplacement des viscères abdominaux.

La *hernie crurale épiploïque* sera reconnue aux signes déjà exposés au buboncèle formé par l'épiploon.

L'*entéro-épiplocèle* réunira les signes communs aux deux hernies.

Si ces différentes tumeurs viennent à s'étrangler, elles donnent lieu à une nouvelle série de symptômes.

L'étranglement est-il inflammatoire ? la tumeur devient douloureuse, tendue, irréductible; l'abdomen est sensible à la plus légère pression; le malade se plaint de coliques qui s'accompagnent de borborygmes; le pouls devient petit, vif, fréquent, la constipation opiniâtre, l'irritation gagne de proche en proche le canal intestinal. Alors les nausées, les envies de vomir, les vomissemens, d'abord de matières alimentaires, puis bilieuses, se déclarent; plus tard, une liqueur jaunâtre, d'une odeur fécale, est vomie. Le hoquet survient, la fièvre

augmente, la respiration devient fréquente, courte, gênée, l'inspiration douloureuse, les traits de la face s'altèrent, la langue se dessèche, ou se couvre d'un enduit plus ou moins épais; la soif est ardente, inextinguible, et la plus petite quantité de boissons introduite dans l'estomac est suivie de vomissemens. Le ventre se tuméfie, la douleur se montre à chaque instant avec une nouvelle intensité; le pouls se concentre, il devient plus petit, plus fréquent, intermittent. La tumeur se ramollit, crépite sous les doigts qui la compriment, et les tégumens qui la recouvrent prennent une couleur livide plus ou moins obscure. Le ventre s'affaisse, le visage se décompose de plus en plus; une sueur froide et visqueuse couvre toute la surface du corps, les extrémités se refroidissent, le hoquet persévère, et la gangrène vient mettre fin à cette série de symptômes alarmans.

L'étranglement est-il chronique? il se manifeste dans les hernies anciennes, très-volumineuses, chez les vieillards, les sujets affaiblis qui ont l'habitude de se gorger d'alimens, et qui sont habituellement constipés. L'anse intestinale, contenue dans le sac herniaire, se laisse distendre lentement, et d'une manière successive, par les matières fécales endurcies, par des gaz ou des corps étrangers. La tumeur acquiert de plus en plus, mais par degrés, un volume considérable. Le cours des matières fécales étant intercepté, les déjections alvines sont nulles, et bientôt le malade éprouve du dégoût, des envies de vomir, des coliques. La tumeur herniaire, quoique très-grosse, est indolente ou du moins peu douloureuse. Les vomissemens s'opèrent sans efforts violens et à des intervalles assez éloignés, la circulation est peu accélérée, la soif peu vive; mais, à la longue, les intestins ou l'épiploon finissent par s'enflammer, et alors tous les symptômes de l'étranglement inflammatoire se manifestent.

Un grand nombre d'auteurs recommandables rapportent plusieurs obervations qui tendent à prouver que différentes affections produisent des symptômes en tout semblables à ceux que je viens d'exposer, et qui pourraient, chez une personne atteinte de hernie, simuler son étranglement. J'ai moi-même eu occasion d'observer, dans le service

du professeur *Dupuytren*, l'inflammation d'un ancien sac herniaire qui offrait tous les signes d'une hernie étranglée.

Une femme, âgée de cinquante ans, entra à l'Hôtel-Dieu dans le courant du mois d'avril 1830, et fut couchée au n°. 1 de la salle *Saint-Jean;* elle était atteinte depuis longues années d'une hernie crurale du côté droit. Un bandage avait été méthodiquement appliqué et exactement porté par la malade. Depuis quelque temps des douleurs s'étaient manifestées, sans cause connue, dans l'aine et le point sur lequel reposait le bandage. Des coliques, de la constipation, des envies de vomir se déclarèrent. La tumeur ne rentrait point lors de l'arrivée de la malade à l'hôpital; elle était douloureuse au toucher, globuleuse, du volume d'un gros œuf de pigeon, dure, irréductible et sans changement de couleur à la peau. Les symptômes d'étranglemens persistaient depuis quelques jours; il y avait constipation, hocquets, nausées et de temps en temps quelques vomissemens. Sans être très-prononcés, ces symptômes l'étaient assez cependant pour faire soupçonner la constriction d'une partie de l'intestin. On employa la saignée, les bains, les émolliens, en un mot tous les antiphlogistiques. Le taxis fut essayé plusieurs fois; mais toujours sans succès. M. *Sanson* voyant, à la visite du soir, tous ces moyens inutiles et les symptômes persister, pensa qu'il était urgent d'opérer: une incision fut faite sur la tumeur, comme dans l'opération de la hernie; on procèda avec une grande précaution, en excisant lentement chaque couche située au devant du sac herniaire avec le bistouri et la sonde canelée. Le chirurgien arriva au sac; une ponction fut faite, il en sortit du pus; l'incision agrandie, tout le liquide purulent contenu dans la tumeur fut évacué; le doigt introduit dans la cavité ne pu reconnaître aucune portion d'intestin ni d'épiploon, mais bien une surface lisse, polie, sans adhérence, et à sa partie supérieure l'orifice d'un canal fort étroit, communiquant avec l'abdomen, mais tellement petit qu'on aurait eu de la peine à y introduire l'extrémité du doigt auriculaire; ce canal était le reste, le vestige du

collet de l'ancien sac herniaire. Immédiatement après l'opération, les accidens qui simulaient l'étranglement cessèrent complètement.

Abcès par congestion.

L'*abcès par congestion* est annoncé dès le début par une altération plus ou moins sensible de l'économie, la locomotion devient pénible, la digestion est troublée; le malade ne se livre plus avec le même plaisir à ses occupations ordinaires; il devient indolent, paresseux. A ces premiers signes se joignent bientôt une douleur vive et profonde dans une partie du canal rachidien, de l'engourdissement, de la faiblesse dans les membres inférieurs, et l'aversion pour les mouvemens augmente; plus tard le corps des vertèbres affectées se gonfle, se rammollit; et son tissu, se détruisant insensiblement, n'offre plus un point d'appui solide au corps des vertèbres restées saines et placées au-dessus : celles-ci tombent en avant; leurs apophyses épineuses se redressent, et forment à la partie postérieure du tronc une saillie d'autant plus proéminente que le nombre des vertèbres cariées est plus considérable. A cette époque, la moelle épinière et les cordons nerveux qui en partent se trouvent comprimés; les membres abdominaux sont paralysés, les fonctions de la vessie et du rectum interrompues le plus ordinairement; dans la station, les jambes fléchissent; la démarche est mal assurée, chancelante, et des chûtes ont lieu à chaque instant. Le cou est courbé en arrière, la face tournée en haut et les épaules élevées, donnent au malade une physionomie qui lui est propre. La maladie continuant à faire des progrès, tous les symptômes que je viens d'énumérer augmentent d'intensité; la déformation de l'épine est plus considérable; le malade est obligé de garder le lit; le décubitus sur le dos est impossible. La fièvre devient continue, la respiration fréquente, gênée; l'insomnie se déclare, l'appétit diminue, et alors le liquide fourni par la carie vertébrale fuse le long des vertèbres et des muscles *psoas* et *iliaque*, et vient former au pli de l'aine une tumeur plus ou moins molle, fluctuante,

sans changement de couleur à la peau, augmentant de volume et de rénitence dans la position verticale, et disparaissant par l'effet de la pression.

Bubon.

Le *bubon* survient le plus souvent après un coït impur, ou peu de temps après l'apparition d'ulcères vénériens, de blennorrhagies ou de pustules. Une douleur, peu sensible d'abord, se fait sentir dans l'aine; aussitôt que le malade y porte la main, il s'aperçoit qu'une ou plusieurs glandes lymphatiques sont tuméfiées, sensibles à la pression, et qu'elles jouissent de la plus grande mobilité. Cette sensibilité est bientôt accompagnée de chaleur, et une espèce de corde douloureuse s'étend de la racine du pénis aux glandes inguinales. Après ces premiers symptômes, la tumeur ne cesse de s'accroître; quelquefois au bout de huit à dix jours elle a un volume assez considérable : alors la peau change de couleur, devient plus ou moins rouge, suivant le degré de violence de l'inflammation; il s'y développe des douleurs pulsatives progressivement plus intenses, et, par suite, assez fréquemment une collection purulente. Le malade éprouve un malaise général; il a de la fièvre, il ne peut se livrer à la progression, et la situation horizontale est la seule qui lui convienne.

Phlegmon.

Les symptômes du *phlegmon* sont les suivans : à la suite d'une irritation plus ou moins vive de l'aine; il apparaît une tumeur volumineuse, circonscrite, dure, élastique, dont la surface est chaude au toucher; la peau est d'une rougeur vive, surtout à son centre, et cette coloration ne disparaît point par la pression. Une douleur plus ou moins aiguë, accompagnée d'élancemens, et, plus tard, d'un sentiment de pulsation, s'y fait sentir : les mouvemens de la cuisse deviennent difficiles et douloureux. A ces symptômes locaux viennent se joindre le plus souvent les symptômes généraux : le pouls s'accé-

lère, le visage se colore, la soif est vive, la céphalalgie intense, le malade éprouve de l'insomnie, et l'agitation est quelquefois extrême.

Anévrysme.

Les signes de l'anévrysme se rapportent à deux périodes assez distinctes.

Les *symptômes de la première période* sont annoncés quelquefois par de la douleur, de l'engourdissement et des convulsions dans le membre qui doit être le siége de la tumeur anévrysmale. Plus tard, apparaît une tumeur d'un petit volume, élastique, d'une forme sphéroïdale et située sur le trajet de l'artère fémorale, exempte ordinairement de douleur et de rougeur ; mais offrant à la main qui la comprime des pulsations isochrônes à celles de l'artère radiale et des mouvemens d'expansion. Elle diminue de volume par une compression exercée entre le cœur et l'affection artérielle ; elle s'accroît, au contraire, par une compression opposée, et ses pulsations deviennent en même temps beaucoup plus fortes. La pression exercée directement la fait disparaître, et elle ne reprend sa forme primitive que peu à peu et d'une manière insensible, lorsqu'elle cesse d'être comprimée.

Les *symptômes de la deuxième période* se manifestent le plus souvent à la suite d'un effort, par une sensation de dilacération, ou par un bruit semblable à celui que produit le déchirement d'une étoffe ; la tumeur s'accroît subitement, et dans l'intervalle de peu de jours son volume devient très-considérable ; sa dureté augmente, ses pulsations sont moins distinctes ; elles font éprouver le sentiment d'un léger frémissement ; la tumeur apporte en même temps beaucoup de gêne dans les fonctions des organes voisins ; le membre s'engorge ; les veines sous-cutanées et profondes deviennent variqueuses ; le nerf crural, comprimé, occasione de vives douleurs dans tout son trajet.

Dilatation de la saphène.

La *dilatation de la saphène* donne lieu à une tumeur oblongue de haut en bas, indolente, mais produisant un sentiment d'engourdissement et de pesanteur dans le membre ; la peau qui la recouvre prend une teinte violette; la compression, le décubitus la font disparaître peu à peu, et font évanouir sa couleur violacée. La tumeur diminue de volume, si la veine est comprimée au-dessous de sa dilatation; mais elle reprend bientôt sa grosseur ordinaire lorsque le malade est debout, et augmente de volume lorsqu'il fait de longues courses, ou qu'il est soumis à une température un peu élevée. Lorsqu'on percute la tumeur, on aperçoit à travers les tégumens, plus ou moins loin sur le trajet de la veine, une vibration manifeste. Les veines du membre sont dilatées; on remarque dans la direction qu'elles suivent des cordons noueux, bleuâtres, plus ou moins nombreux.

Luxation de l'articulation coxo-fémorale.

Les luxations de la cuisse qui peuvent former une tumeur dans l'aine, sont la luxation en haut sur le corps du pubis, et la luxation en bas dans la fosse ovalaire.

La tumeur formée par la tête du fémur, logée dans le trou obturateur, sera survenue à la suite d'une violence extérieure, d'une chute sur la paume des mains et sur les genoux écartés l'un de l'autre. Au même moment, le malade aura éprouvé de vives douleurs du côté de l'articulation, et il lui aura été impossible de ramener dans l'adduction le membre déjeté en dehors ; il ne pourra être rapproché de celui du côté opposé. Le pied, la jambe demi-fléchis sur la cuisse, et celle-ci légèrement sur le bassin, seront dans la rotation complète en dehors. La cuisse sera plus allongée que celle du côté opposé; une saillie très-sensible existera à la partie interne et supérieure de la cuisse;

cette saillie, produite par la tête du fémur, soulèvera et tendra fortement les muscles adducteurs; il existera une dépression fort apparente à la région *trochantérienne;* le pli de la fesse déformée sera plus bas que celui du côté opposé; les muscles fessiers, aplatis, se trouveront dans un état de tension.

La luxation en haut arrive, comme la précédente, après un violent effort. La cuisse se trouve raccourcie; le membre est porté en dehors; le grand trochanter vient se placer au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure, et la tête du fémur, placée sur le corps du pubis, forme une tumeur dure, arrondie, sur la partie interne de laquelle on sent les battemens de l'artère fémorale. La fesse est aplatie; la cuisse ne peut exécuter le mouvement de flexion ni celui d'adduction. Les nerfs et les vaisseaux cruraux se trouvent comprimés; de là l'engourdissement, la douleur et la paralysie du membre, qui viennent quelquefois compliquer la luxation.

Diagnostic différentiel.

Bubonocèle et hernie crurale. Dans cette dernière, la tumeur est située plus profondément que dans la hernie inguinale; sa forme, au lieu d'être oblongue, est transversale; les bords de l'anneau par où elle s'est échappée ne peuvent être distingués; sa situation au-dessous du cordon spermatique chez l'homme; la gêne dans les mouvemens de la cuisse et l'œdème du membre correspondant, ne s'observent jamais dans le bubonocèle.

Hernie crurale et abcès par congestion. Le malade aura éprouvé de la douleur dans un des points de la colonne vertébrale; la tumeur sera survenue sans effort; elle sera molle, fluctuante; plus tard, la paralysie des membres abominaux, de la vessie et du rectum, ne laisseront aucun doute sur l'existence d'un abcès par congestion.

Hernie crurale et bubon. La hernie crurale se montre le plus ordi-

nairement à la suite d'une violente contraction des muscles de l'abdomen, et présente, dès son apparition, un volume considérable relativement à celui du bubon qui se forme lentement et peu à peu.

L'engorgement des glandes de l'aine est presque toujours accompagné de chancres au prépuce ou au gland ; les efforts respiratoires augmentent le volume de la tumeur herniaire ; les fonctions de l'estomac et des intestins sont plus ou moins gênées, ce qui n'arrive point dans le bubon. La mobilité dont jouit ce dernier ne s'observe jamais dans la hernie. Malgré ces symptômes, il est quelquefois difficile de diagnostiquer l'espèce de tumeur. *Sabatier* rapporte, dans sa médecine opératoire, avoir pris un bubon pour une hernie.

Hernie crurale et anévrysme. Quoiqu'il soit assez difficile de confondre ces deux affections, plusieurs chirurgiens rapportent des exemples de méprises de ce genre ; mais, avec un peu d'attention, l'erreur ne saurait être commise. La tumeur anévrysmale offre des pulsations isochrônes à celles du pouls, des mouvemens d'expansion ; elle augmente de volume par la compression exercée au-dessous d'elle ; cette même compression exercée au-dessus produit un effet contraire : rien de semblable dans la hernie.

Hernie crurale et dilatation de la saphène. La dilatation variqueuse de la saphène peut simuler une hernie crurale ; mais on la reconnaîtra facilement à la couleur violette de la peau, à la coexistence d'autres dilatations variqueuses, au volume que prend la tumeur lorsqu'elle est comprimée au-dessus de sa dilatation, et à l'absence du trouble des fonctions digestives. C'est à ces signes que *J.-L. Petit* reconnut l'erreur commise par un charlatan qui avait appliqué à une femme un bandage herniaire sur une tumeur de cette nature, dont elle fut débarrassée par ce célèbre chirurgien.

Abcès par congestion et varice de la saphène. Ces deux tumeurs sont

molles, réductibles; mais l'abcès par congestion aura été précédé des symptômes qui lui sont propres, et la dilatation de la saphène offrira les symptômes que je viens d'énoncer plus haut.

Anévrysme et bubon. Le bubon éprouve, à chaque pulsation de l'artère fémorale, une secousse qui le soulève et le déplace; mais il ne présente jamais l'expansion qui caractérise l'anévrysme. Le bubon est, du reste, le plus souvent accompagné de quelques symptômes vénériens.

Le phlegmon et la luxation coxo-fémorale ont des signes trop caractéristiques, pour qu'ils puissent être confondus avec les tumeurs dont je me suis occupé.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Laxi tumores, boni; crudi verò, mali. *Sect.* 5, *aph.* 67.

II.

A dolore vehementi partium circa ventrem, extremarum frigus, malum. *Sect.* 7, *aph.* 26.

III.

Si omentum exciderit, necesse est putrefieri. *Sect.* 6, *aph.* 18.

IV.

Spontaneæ lassitudines morbos denuntiant. *Sect.* 2, *aph.* 5.

V.

In omni corporis motu, quando dolore cœperit, interquiescere, statim lassitudinem curat. *Ibid.*, *aph.* 48.

VI.

Ab ileo vomitus, aut singultus, aut convulsio, aut delirium, malum. *Sect.* 7, *aph.* 10.